

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N°

22

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

RADOMIR YOVANOVITCH

Né le 18 Avril 1898, à Kraljevo (Serbie)

Emploi de la Teinture d'iode à l'intérieur

DANS LE

Traitement des Adénites bacillaires

(ÉTUDE CLINIQUE)

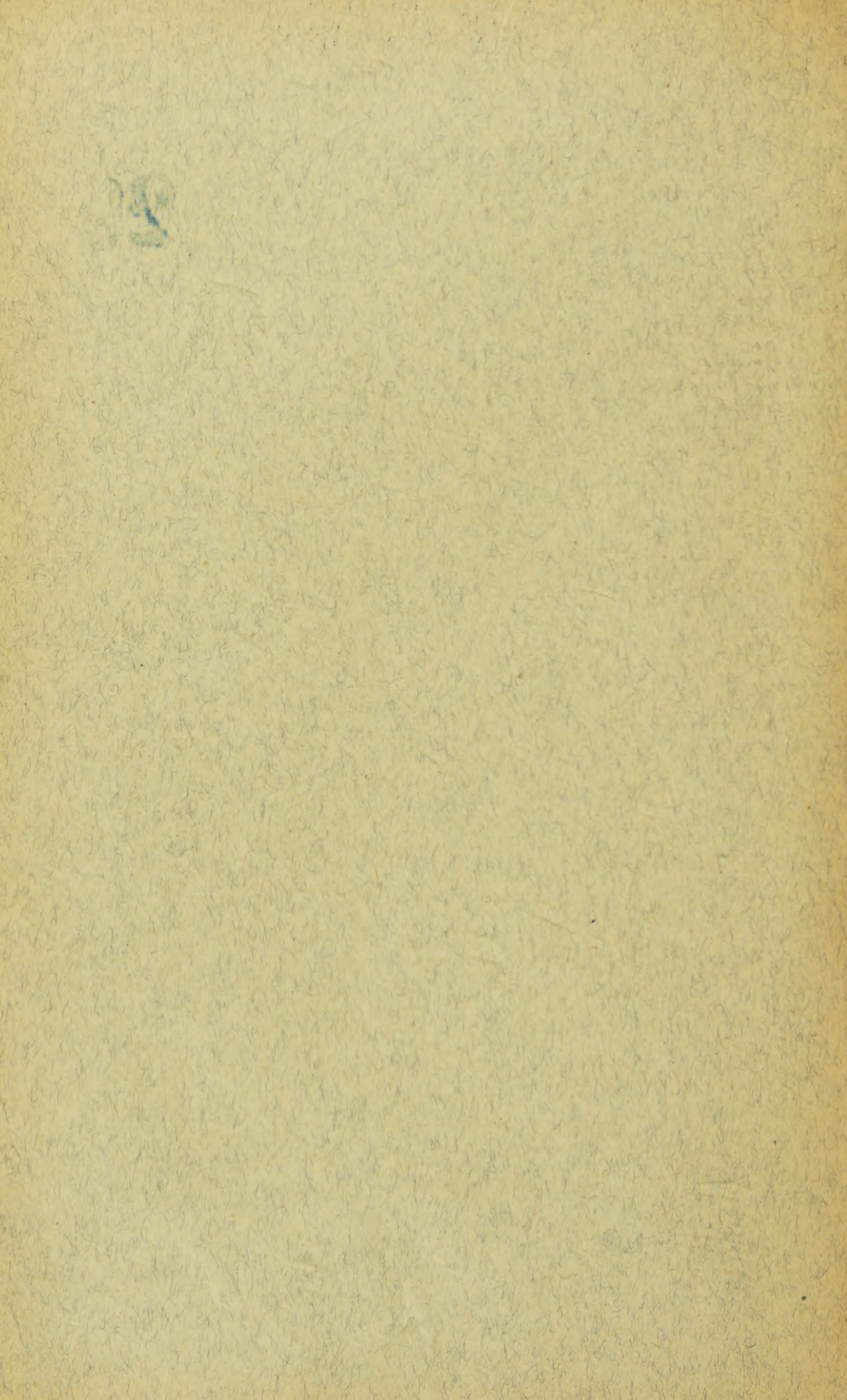
Président : M. CH. ACHARD, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—
1924



22

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

No

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

RADOMIR YOVANOVITCH

Né le 18 Avril 1898, à Kraljévo (Serbie)

Emploi de la Teinture d'iode à l'intérieur

DANS LE

Traitement des Adénites bacillaires

(ÉTUDE CLINIQUE)

Président : M. CH. ACHARD, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—
1924

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER.

Anatomie	
Anatomie médico-chirurgicale	
Physiologie	
Physique médicale	
Chimie organique et chimie générale	
Bactériologie	
Parasitologie et histoire naturelle médicale	
Pathologie et thérapeutique générales	
Pathologie médicale	
Pathologie chirurgicale	
Anatomie pathologique	
Histologie	
Pharmacologie et matière médicale	
Thérapeutique	
Hygiène	
Médecine légale	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	
Pathologie expérimentale et comparée	
Clinique médicale	
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique des maladies contagieuses	
Clinique chirurgicale	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies des voies urinaires	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile	
Clinique thérapeutique	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	

MM.
NICOLAS.
CUNEO.
RICHET.
André BROCA.
DESGREZ.
BEZANÇON.
BRUMPT.
Marcel LABBÉ.
SICARD.
LEGÈNE.
LETULLE.
PRENANT.
RICHAUD.
CARNOT.
Léon BERNARD
BALTHAZARD.
MÉNÉTRIÉR.
ROGER.
ACHARD.
WIDAL.
GILBERT.
CHAUFFARD.
MARFAN.
NOBÉCOURT.
CLAUDE.
JEANSELME.
GUILLAIN.
TEISSIER.
DELBET.
LEJARS.
HARTMANN.
GOSSET.
DE LAPERSONNE
LEGUEU.
BRINDEAU.
COUVELAIRE.
JEANNIN.
FAURE.
Auguste BROCA.
VAQUEZ.
SEBILLEAU.
DUVAL.
SERGEANT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI.	DEBRÉ.	LANGLOIS.	OKINČZYC.
AUBERTIN.	DESMAREST.	LARDENNOIS.	PHILIBERT.
ALGLAVE.	DUVOIR.	LE LORIER.	RATHERY.
BASSET.	FIESSINGER.	LEMIERRE.	RETTERER.
BAUDOUIN.	FOIX.	LEQUEUX.	RIBIERRE.
BLANCHETIÈRE	GARNIER.	LEREBoullet.	RICHET.
BINET.	GOUGEROT.	LERI.	ROUSSY.
BRANCA.	GRÉGOIRE.	LEVY-SOLAL.	ROUVIÈRE.
BRULÉ.	GUENIOT.	LIAN.	SCHWARTZ.
CAMUS.	HARVIER.	MATHIEU.	STROHL.
CADENAT.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TANON.
CHAMPY.	HOVELACQUE.	MOCQUOT.	TERRIEN.
CHEVASSU.	JOYEUX.	MONDOR.	TIFFENEAU.
CHIRAY.	LABBÉ (H.).	MOURE.	VELTER.
CLERC.	LAIGNEL-LAVASITNE	MULON.	VILLARET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR ACHARD,
Professeur de Clinique Médicale à la Faculté
de Médecine de Paris;
Membre de l'Académie de Médecine.

Qu'il veuille bien agréer l'hommage de ma
grande reconnaissance pour l'honneur qu'il
me fait en acceptant la présidence de ma
thèse.

A NOTRE MAITRE

M. LE DOCTEUR H. DUFOUR,
Médecin de l'Hôpital Broussais,

Qui a inspiré cette thèse et que nous re-
mercions du bienveillant intérêt qu'il nous a
toujours porté.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE PROFESSEUR HARTMANN (Hôtel-Dieu 1918-19);

M. LE DOCTEUR P. DALCHE (Hôtel-Dieu 1919-20);

M. LE DOCTEUR DUFOUR (Broussais 1920-21);

M. LE DOCTEUR LAUNAY (Cochin 1921-22);

M. LE PROFESSEUR BAR (Clinique Tarnier 1922);

M. LE PROFESSEUR NOBECOURT (Enfants Malades
1922).

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

Le traitement des adénites bacillaires est un de ces problèmes de thérapeutique dont la solution complète, toujours annoncée, reste encore à trouver. Pour nous en rendre compte, point n'est besoin de nous reporter au temps où les rois de France guérissaient les adénites par le simple attouchement de leurs doigts. La courte période de Pasteur à nos jours, si riche en découvertes scientifiques de tous genres, nous offre suffisamment d'exemples pour le sujet qui nous intéresse.

En effet, à côté d'une foule d'agents chimiques qui sont venus s'ajouter à l'arsenal thérapeutique contre les adénites bacillaires, nous pouvons en ranger encore d'autres, d'ordre physique ou biologique. Les recherches ardentes pour trouver un agent spécifique contre le bacille de Koch, ont eu leur répercussion sur le traitement de la tuberculose ganglionnaire. Ainsi, nous y verrons appliquer, après la tuberculino-thérapie et la sérothérapie, toutes les formes de radiations lumineuses, depuis les bains de soleil, jusqu'aux rayons X et aux rayons ultra-violet.

Et nous passons.

Faut-il rappeler ici cette loi, déjà éprouvée, de la clinique thérapeutique qui assure que la multiplicité même des médications préconisées pour le traitement d'une maladie montre leur inefficacité ? Cependant, si parmi ces agents, il s'en est trouvé dont l'action était nulle, parfois même nuisible, il en est d'autres qui ont donné des résultats nullement négligeables. Ainsi, le traitement des adénites bacillaires par les rayons X prend, ces derniers temps, une envergure de plus en plus grande. De nombreux travaux confirment les résultats heureux ainsi obtenus. Et pourtant, les radiologistes sont les premiers à reconnaître (Oudin et Zimmern, Zablondski, etc.) que certaines formes d'adénites bacillaires ne gagnent pas au traitement par les rayons X.

Ainsi, il nous est permis de constater que tous les agents employés jusqu'ici n'ont donné que des résultats partiels. C'est dire que, là comme ailleurs, nous ne possédons pas de panacée. Pour arriver à des résultats satisfaisants, nous sommes forcés de faire un choix judicieux parmi tous les agents thérapeutiques à notre disposition, et presque toujours de les associer les uns aux autres pour en augmenter les effets curatifs. Cela, bien entendu, tout en adaptant leurs doses aux capacités d'accommodation de l'organisme, pour en tirer l'effet maximum.

D'autre part, les armes de la thérapeutique sont rendues plus fragiles encore par un fait avec lequel nous devons compter, surtout quand il s'agit de lésions tuberculeuses. Cette difficulté naît de la posi-

tion sociale de très nombreux malades. Car malgré tout, à l'heure actuelle, si tout le monde pouvait user largement des moyens thérapeutiques dont dispose la médecine, nous verrions beaucoup moins d'utilité à ce travail. L'action bienfaisante d'un séjour au bord des mers du Nord et de l'Océan, est incontestable; le compléter par une saison dans une station hydro-minérale est encore mieux; et si nous y ajoutons les bains de soleil et la suralimentation, ce serait déjà parfait pour une énorme majorité de malades. Mais hélas ! ces moyens ne sont pas à la disposition de tout le monde. Cette seule constatation nous fait immédiatement sentir toute l'importance pratique d'un agent thérapeutique utile, simple, et dont le prix soit accessible aux bourses les plus modestes.

D'ailleurs, le but de ce travail est d'attirer l'attention sur la valeur curative de la teinture d'iode dans le traitement des adénites tuberculeuses. La méthode de traitement, plus que le choix de l'agent thérapeutique, sont en grande partie dûs à notre Maître H. Dufour, et, comme nous le verrons plus loin, ils lui donnent des résultats remarquables depuis plusieurs années.

HISTORIQUE

L'iode semble avoir joui de tout temps de la faveur des médecins. Au cours des temps ses applications ont été assez diverses. Mais ce qui nous intéresse surtout, c'est de constater qu'il a été très souvent employé comme agent antituberculeux. En effet, comme le disent Thérasse et Henno, les anciens se servaient d'éponges brûlées, pour traiter la tuberculose. D'autre part, on attribue à l'iode qu'ils contiennent, l'action de l'air marin et de l'huile de foie de morue. Nous trouvons en outre de nombreuses préparations à base d'iode figurant dans l'arsenal thérapeutique contre la tuberculose.

On remarque la même préférence pour l'iode dans le traitement des adénites bacillaires, pour lesquelles on a essayé de nombreux agents chimiques avec plus ou moins de succès. Pour en donner une idée, nous nous servirons du rapport qu'a fait Villemain sur ce sujet au Congrès de Médecine de 1907. Il ne fait qu'énumérer des produits modificateurs, en citant Fabrice d'Aquapodent, comme le premier qui ait cherché à modifier les abcès tuberculeux par l'oxymel. Laissant de côté le vin chaud dont se servit Dupuytren pour le même usage, nous pouvons compter dans le rapport de Villemain une cinquantaine de produits

chimiques, employés par différents auteurs. Il est à remarquer que parmi ces divers agents thérapeutiques ce sont les composés iodés qui reviennent le plus souvent : 9 fois, sur 50 cités, c'est-à-dire 18 %, alors que la proportion des autres composés tombe à 1 ou 2 %. C'est dire que l'action de l'iode sur les adénites tuberculeuses a été remarquée depuis longtemps.

Mais l'essai d'une application méthodique et scientifique de ce médicament, au traitement de la tuberculose en général et des adénites bacillaires en particulier, est de date relativement récente. Comme travaux plus importants sur ce sujet, nous ne trouvons guère autre chose qu'une communication de H. Dufour à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, faite au mois de mai 1920; un long article de L. Boudreau, paru en janvier 1914 dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, et un travail de G. Thérasse et A. Henno, du sanatorium de Mont-sur-Meuse, paru dans *Le Scalpel* en avril 1921. D'autres ont employé l'iode à haute dose, sous forme de teinture d'iode (Tom Bird en Angleterre), ou sous forme d'une solution iodo-iodurée ou d'un composé iodo-alcoolique (Thirolaix en France), cela pour le traitement des rhumatismes. Le docteur E. Manuell, de Mexico, a résumé ces essais et confirmé leurs résultats dans un ouvrage récent publié en espagnol.

Malgré leur petit nombre, ces recherches sont de nature à nous servir de base dans ce travail.

ETUDE CLINIQUE

La symptomatologie et le diagnostic ne sauraient trouver une description dans ce petit travail. De nombreux ouvrages classiques, ainsi qu'un bon nombre de thèses les ont longuement décrits. Cependant il nous semble utile d'insister ici sur ce fait qu'en dehors de la tuberculose, d'autres affections peuvent avoir le même siège et le même aspect. Parmi les tumeurs, le lymphadénome est à retenir. Mais il est particulièrement important de ne pas prendre une adénopathie syphilitique, acquise ou héréditaire, pour une manifestation de la tuberculose. L'observation attentive et l'interrogatoire serré du malade feront le plus souvent dépister une syphilis. Il faut la rechercher toujours, vu qu'elle s'associe volontiers à la tuberculose. Quand les adénites sont fistulisées et quand les téguments qui les recouvrent sont infectés par le bacille de Koch, on peut les confondre avec une gomme syphilitique ulcérée, ou avec une actinomycose ou une sporotrichose. D'ailleurs ces deux dernières affections, nécessitant un traitement iodé comme les adénites tuberculeuses, l'erreur serait sans grand danger. Quant à la gomme spécifique, en cas de doute, faire

un Wassermann, ou mieux encore, recourir au traitement d'épreuve au néo-salvarsan, celui-ci ayant quelquefois une action heureuse sur la tuberculose (Sergent).

OBSERVATION I (M. Dufour).

Mme Dupuis, 43 ans, lingère.

Le fait intéressant dans ses antécédents est une fistule anale opérée à plusieurs reprises, ainsi que des lésions pulmonaires, très légères, mais existant avant l'apparition de son adénite.

En 1914, une petite grosseur indolore du volume d'une noisette, s'est montrée au-dessous de l'angle de la mâchoire, du côté gauche. Elle augmentait lentement mais progressivement. Au bout d'un an, cette grosseur avait pris les proportions d'une grosse orange.

A ce moment la malade vit M. Dufour, qui lui fit des ponctions évacuatrices avec injection de liquides modificateurs. La teinture d'iode fut prescrite à l'intérieur à la dose progressive de 10, 20, 30..... 150 gouttes par jour. La malade prit de la teinture d'iode pendant quatre mois. Au bout de cette période une amélioration fut constatée. Cependant on eut recours aux rayons X, mais l'application de ceux-ci pendant 5 séances n'ayant pas donné de résultats encourageants, on continua la teinture d'iode seule. L'état général de la malade devint inquiétant; elle toussait jour et nuit. Elle maigrit de 20 kilos.

Comme elle avait l'occasion à ce moment de partir en Algérie, M. Dufour le lui conseilla, et elle partit en janvier 1916 à Oran. Elle y resta près de 5 mois. Son traitement consistait à prendre de la teinture d'iode en y ajoutant le repos, les bains de soleil et la suralimentation. Ainsi, peu après son arrivée à Oran, son adénite se mit à diminuer progressivement, pour disparaître au bout de

3 à 4 mois, en ne laissant que deux petites cicatrices très peu visibles. Elle avait engraisé de 14 kilos.

Au mois de juin 1916, la malade rentre à Paris. M. Dufour lui conseille de continuer la teinture d'iode, et même à des doses plus fortes (200 gouttes). Depuis, elle n'a jamais eu d'autre adénite, et de plus son état général s'est amélioré au point qu'elle a pu reprendre ses occupations difficiles.

Pendant toute la durée du traitement (2 ans) on n'a eu à signaler aucun signe d'intolérance pour la teinture d'iode.

Cette observation a été prise par nous (sur l'indication de M. Dufour) au domicile de la malade 7 ans après le début de son adénite. Nous l'avons trouvée en parfait état de santé, autant qu'il est possible dans ce cas. Pour le sujet qui nous intéresse cette observation n'est pas des plus typiques, puisque la malade avait de la bacillose avant même d'avoir de l'adénite. Mais il n'en est pas moins vrai que l'action de la teinture d'iode à haute dose s'est nettement manifestée, autant sur l'état général que sur la lésion locale. Et ceci n'est pas pour nous étonner, si nous prenons comme établi le mécanisme d'action de l'iode défendu par plusieurs auteurs, comme nous le verrons plus loin; à savoir que : l'iode agit surtout en excitant le tissu lymphoïde. Il est presque inutile d'ajouter que les bains de soleil, le repos et la suralimentation ont été d'un secours fort précieux dans le traitement général.

OBSERVATION II (M. Dufour).

M. Houé, 24 ans, mécanicien.

Comme antécédents personnels, à signaler un eczéma occupant la face dorsale des doigts des deux mains et dont l'apparition a coïncidé avec celle des adénites.

Le malade signale l'apparition de grosseurs, du côté gauche de son cou, dès l'âge de 18 ans. L'une d'elles a grossi en quelques mois de façon à l'inquiéter. Il s'est servi de pommades variées, sans aucun succès. Au moment où la grosseur se transforme en un véritable abcès froid, le malade se présente à l'hôpital Lariboisière, où on lui fait des ponctions évacuatrices, avec injection de liquides modificateurs, pendant 18 mois. On a fait, à peu près, une ponction par mois. La grosseur avait légèrement diminué à la fin de ce traitement.

C'est alors que le malade va voir M. Dufour, qui lui prescrit la teinture d'iode à haute dose, en même temps que les ponctions et la suralimentation. Au bout de quelques mois, l'écoulement du pus est tari; il y a une grosse amélioration. Le malade prenait jusqu'à 150 gouttes de teinture d'iode par jour. Il a été amélioré à ce point qu'il s'est senti capable de s'engager dans la marine de guerre, où il a fait tous les durs travaux sans fatigue particulière; au contraire, il s'en est très bien trouvé.

Nous avons vu le malade le 10 juin 1923. Son état de santé est parfait. A l'endroit de l'adénite suppurée, nous avons vu une petite cicatrice invaginée et une bride de 2 cm. de longueur environ. Le malade ne suit plus aucun traitement.

Voilà un cas, par exemple, qui nous montre clairement qu'il ne suffit pas de ponctionner une adénite suppurée pour qu'elle guérisse. Ponctionner un abcès froid, c'est enlever des produits toxiques et favoriser

par là la défense du tissu infecté; mais l'expérience montre que si l'évacuation du pus est indispensable, elle n'est pas toujours suffisante. Et cela se comprend, si l'on se rappelle que les follicules tuberculeux se trouvent surtout à la périphérie d'un foyer caséifié. Donc, il est difficile d'atteindre le bacille directement par un traitement local. Aussi, à côté de l'évacuation du pus, de l'injection de liquides modificateurs, faut-il encore agir sur l'état général; et peut-être sur le tissu lymphoïde en particulier, comme le ferait l'iode. En tout cas, le tarissement de la suppuration et la cicatrisation des fistules n'ont commencé, chez notre malade, qu'avec l'ingestion de la teinture d'iode à haute dose, ce qui est à retenir.

;

~~Observation~~

OBSERVATION III (M. Dufour).

Mlle C. Cornil, 21 ans, sans profession.

Une arthrite bacillaire du coude gauche est à signaler.

Il y a deux ans, la malade a vu pousser une grosseur au niveau de la partie moyenne du sterno-cleïdo-mastoïdien droit. En quelques mois, cette grosseur atteignit le volume d'un œuf de poule. A ce moment, le pharmacien donna à la malade une pommade dont elle use largement sans obtenir de succès.

La grosseur n'est pas douloureuse; la peau a toujours conservé son aspect normal. Peu après, apparaît une autre grosseur de même nature que la précédente et au-dessous de celle-ci. Alors, la malade voit un docteur qui lui prescrit la teinture d'iode à l'intérieur. Elle en prenait progressivement et chaque jour, à raison de 10, 20, 30..... 120 gouttes, avec les précautions nécessaires. Malgré ce traitement, la première grosseur apparue augmenta plu-

tôt de volume, tandis que la deuxième venue devenait molle et rouge. C'est alors que ce docteur envoya sa cliente chez M. Dufour.

L'adénite ramollie fut ponctionnée, et la dose de teinture d'iode augmentée (200 gouttes). La plus petite des deux grosseurs a complètement disparu après 3 ponctions, en laissant deux petites cicatrices de ponction à peine visibles.

L'autre, la première venue, est devenue fluctuante à son tour. Elle a été ponctionnée 7 fois. Elle n'a diminué que très lentement, de façon à n'avoir plus que la moitié de son volume au mois de juin 1923. De plus, elle se trouve entourée d'une coque épaisse, ce qui évidemment rend difficile sa régression. Néanmoins, on continue le traitement par ponctions et injections d'éther iodoformé et par ingestion de teinture d'iode.

Un petit ganglion, apparu au cours du traitement, a disparu sans aucune intervention.

L'état général de la malade est bon; elle a plutôt engraisé.

Cette observation serait des plus intéressantes, des plus typiques pour notre thèse; mais le fait que ce cas est unique, ne nous permet pas d'insister sur les déductions qu'il impose. En effet, nous avons ici trois degrés d'évolution des adénites sur le même sujet : l'un déjà avancé lors du début du traitement; l'autre tout à son début et le troisième apparu d'une façon passagère pendant la cure même. Or, qu'est-il arrivé ? Le premier ganglion infecté, après une période de 3 à 4 mois, s'est entouré d'une coque fibreuse et probablement s'est caséifié en son milieu. Le deuxième a suppuré nettement et, au bout de trois ponctions éva-

euatrices, suivies d'injection d'éther iodoformé, a disparu; et le dernier petit ganglion ne s'est montré que d'une façon passagère. Depuis, aucune adénite n'est apparue. Mais la plus grosse a suppuré et on l'a ponctionnée à son tour.

Une première constatation : la teinture d'iode agit beaucoup plus vite sur les ganglions dont l'infection est récente. Son action arrête l'évolution morbide de ceux dont l'infection est avancée.

D'autre part, si nous admettons que l'iode augmente la capacité phagocytaire ainsi que le nombre de phagocytes, en excitant le tissu lymphoïde, il nous sera facile d'interpréter l'évolution différente de ces trois types d'adénites. Par exemple, on comprendrait bien l'apparition passagère de ce petit ganglion au cours même du traitement; car probablement il aurait été légèrement infecté avant la période d'efficacité du traitement; l'iode ayant produit une phagocytose intense, un phénomène inflammatoire (avec un peu de périadénite sans doute) se serait produit; d'où l'augmentation de volume; mais comme l'infection devait être légère, ce phénomène se serait apaisé sans autre manifestation visible. Tandis que le ganglion plus fortement infecté et où l'état inflammatoire existait déjà, aurait vite abouti à la suppuration en accentuant ce phénomène. Le cas n'est plus déjà tout à fait le même pour la plus ancienne des adénites, autour de laquelle la réaction lente de l'organisme avait déjà formé une coque fibreuse, qui fut plutôt renforcée par la cure iodée, mettant à l'abri, pour ainsi dire, son contenu

contre toute action extérieure; mais là aussi il nous semble que la suppuration a été hâtée par l'iode.

OBSERVATION IV (Personnelle).

Mlle Berbonde, 24 ans, sans profession.

Il y a 3 ans, la malade s'est aperçue qu'une glande, grosse comme une noisette, roulait sous son doigt, dans la région sous-maxillaire gauche. C'était à la suite d'un mal de gorge, comme elle dit, et la glande lui faisait un peu mal. Au bout de 2 à 3 mois, cette grosseur atteignit le volume d'un œuf de pigeon, sans que la peau qui la recouvrait ait subi aucun changement de coloration. La grosseur resta à l'état stationnaire pendant 4 à 5 mois, malgré l'application assidue de toutes les pommades renommées. A la fin, la malade vit un docteur, qui lui conseilla l'application de compresses chaudes d'eau salée et la prise à l'intérieur de teinture d'iode à raison de 30 à 40 gouttes par jour et à doses progressives. Environ trois mois après le début de ce traitement, la grosseur était devenue molle et les téguments qui la recouvraient, rouges.

A ce moment, un an environ après le début de sa maladie, nous avons vu la malade. Nous avons trouvé, dans la région sous-maxillaire gauche, une tuméfaction sans limites précises, fluctuante, et dont le volume était à peu plus gros que celui d'un œuf de pigeon. Les téguments qui la recouvraient étaient rouge violacé sur l'étendue d'une pièce de 5 fr. environ. De plus, ils étaient amincis de telle façon que, craignant une ouverture spontanée de cet abcès froid, nous conseillâmes à la malade de se faire ponctionner par son médecin. Mais par souci d'esthétique ou par pusillanimité, elle avait déjà refusé la même proposition à son médecin lui-même. Nous n'eûmes pas plus de chance, mais elle nous promit de prendre la teinture

d'iode à des doses plus fortes (120 gouttes), et de les continuer pendant longtemps, suivant la méthode habituelle.

Cela se passait pendant les vacances dans une petite ville du centre de la France. Un an après — nous avions presque oublié notre malade — comme nous nous trouvions dans son pays, elle ne tarda pas à venir nous montrer son cou, où la grosseur n'avait laissé d'autre trace qu'une très légère induration et une couleur violacée de la peau, fort bien cachée, du reste, par une mince couche de poudre de riz. Elle nous fit savoir avec quelque fierté qu'elle s'était très bien passée de ponctions et autres interventions « chirurgicales ». Malgré notre scepticisme, nous fûmes forcé d'admettre les dires de la malade.

Voici donc un cas qui pourrait être rapproché du précédent. En effet, il semble bien que la teinture d'iode ait contribué à hâter le processus de suppuration, car il nous serait assez difficile d'attribuer ce fait à la seule action de compresses chaudes d'eau salée.

OBSERVATION V (M. Dufour).

Mlle Lesseigne, 7 ans.

Au début du mois de mars 1923, une petite grosseur se montre dans la région sous-maxillaire droite. La mère va voir un docteur, qui prescrit un médicament à base d'iode. Deux mois après, la grosseur avait suppuré, et en même temps atteint le volume d'une grosse noix.

A ce moment, M. Dufour voit la petite malade. Une ponction évacuatrice est faite, suivie d'injections d'éther iodoformé. On prescrit la teinture d'iode à l'intérieur, à

dose progressive, à raison de 5, 10, 15..... 60 gouttes. Aucune lésion pulmonaire n'avait été constatée.

Le 23 mai : amélioration.

Le 6 juin : amélioration très nette.

Le 25 novembre : à l'endroit de l'adénite suppurée, nous trouvons une cicatrice recouverte d'une croûte sèche, qui, paraît-il, tombe de temps en temps et se reforme de nouveau. Il n'y a pas d'écoulement visible. Cette cicatrice est mobile sur les plans sous-jacents. Elle a la forme d'une amande. L'état général de la malade est excellent. Sa mère avait cessé de lui donner la teinture d'iode, la croyant déjà guérie. Par mesure de précaution, et à cause de la persistance de la croûte, nous lui avons recommandé de continuer le traitement pendant quelques mois encore.

Un fait à remarquer, dans cette observation, c'est l'évolution relativement rapide vers la guérison. En effet, deux mois d'ingestion d'un médicament à base d'iode ont provoqué une suppuration. Une seule ponction évacuatrice a suffi (avec la prise de la teinture d'iode) pour obtenir une cicatrisation au bout de 4 mois. L'influence du jeune âge paraît évidente, le tissu lymphoïde étant à ce moment dans toute sa force.

OBSERVATION VI (Personnelle).

Mlle Simonne Cornil, 14 ans, élève.

Au moment où nous avons vu la malade, le 20 juin 1923, elle présentait au niveau du tiers supérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien droit une grosseur du volume d'un gros œuf de pigeon; dure, mobile et indolore. Un

peu plus bas, deux petits ganglions, roulant sous le doigt comme des noisettes.

La plus grosse a presque toujours existé, dit la malade. Elle avait beaucoup grossi au moment de la scarlatine (11 ans), pour revenir ensuite à son volume actuel.

Depuis le 15 avril 1923, Mlle Cornil prend de la teinture d'iode; elle est arrivée à en prendre jusqu'à 50 gouttes. Elle déclare que la grosseur a légèrement diminué.

Le 25 juin, elle voit M. Dufour, qui recommande d'élever la dose de teinture d'iode. On constate que la grosseur est légèrement empâtée à la périphérie. Pas de douleurs.

Le 24 novembre, on peut noter une grosse amélioration. La grosseur a diminué de deux tiers environ. Elle ne donne plus au toucher cette sensation de moiteur qui frappait auparavant. La coloration de la peau à son niveau n'est jamais devenue anormale. La malade a engraisé de 4 kilos (en 2 mois de vacances). Elle est arrivée à prendre jusqu'à 300 gouttes par jour de teinture d'iode, dans du lait, sans le moindre inconvénient. On continue le traitement.

Nous constatons donc une diminution très nette et relativement rapide de la grosseur, qui probablement devait présenter un peu de périadénite. Par contre, il n'y a pas eu de suppuration; et même plus, les petits ganglions sont restés stationnaires. Faut-il attribuer ce fait à la durée relativement courte de la cure iodée? C'est ce que l'avenir nous montrera. Mais, il serait fort intéressant de rechercher, par des moyens appropriés, la syphilis derrière ces ganglions un peu rebelles. De toute façon il est à remarquer encore que

cette jeune fille de 14 ans a supporté, sans la moindre gêne, une dose très forte de teinture d'iode.

Les observations qui suivent nous ont été communiquées par le docteur Devoix, assistant de M. Harel, radiologiste de l'hôpital Lariboisière.

Ces malades ont été traités par les rayons X, en même temps qu'ils prenaient de la teinture d'iode, à une dose faible il est vrai. Les séances de rayons X ont été espacées d'une semaine, leur quantité a été de 3 à 4 μ . filtrées à 5 %.

Observations résumées

OBSERVATION VII

M. B..., Antoine, 24 ans.

Adénite cervicale gauche suppurée, ayant la grosseur d'un œuf de pigeon. Elle a été ponctionnée avant la première séance de rayons X.

Le malade a subi 9 séances. Pendant ce temps, il a pris jusqu'à 30 gouttes de teinture d'iode par jour. Après la neuvième séance on a passé un crin dans l'ouverture de l'abcès pour faciliter le drainage.

OBSERVATION VIII

Mlle B..., Marguerite, 20 ans.

Grosses masses ganglionnaires sus-sternales et sus-claviculaires du côté gauche, non douloureuses; nombreux petits ganglions axillaires à gauche.

La malade a subi 10 séances de rayons X. Elle a pris en même temps de la teinture d'iode.

OBSERVATION IX

M. B..., Charles, 22 ans.

Adénites sous-maxillaires bilatérales remontant à l'âge de 14 ans. La rechute remonte à un mois. Le malade a eu 13 séances de rayons X.

OBSERVATION X

M. A. Brianchon, 28 ans, monteur électricien.

Adénopathie sous-maxillaire gauche. L'adénite a le volumè d'une grosse noix.

Le traitement a duré 8 mois, le malade a eu 22 séances de rayons X. De plus, il a pris de la teinture d'iode à doses assez fortes, allant jusqu'à 100 gouttes par jour.

Au bout de 8 mois, on a obtenu la guérison.

METHODE DE TRAITEMENT

A propos de la méthode qu'il faut employer dans le traitement des adénites bacillaires par l'iode métalloïdique, nous pouvons répéter cette phrase lapidaire de notre Maître H. Dufour : « Dans le traitement des adénites tuberculeuses, tout le secret consiste dans la continuité de traitement et dans l'emploi de fortes doses ». Néanmoins, il nous semble opportun de donner quelques indications plus détaillées à ce sujet.

Sous quelle forme employer l'iode ? Il nous semble que la teinture d'iode est à la fois la plus simple, la plus commode et la moins chère des préparations iodées. Mais comme elle existe sous diverses formes, il s'agit de savoir quelle est la meilleure. Thérasse et Henno se sont servi de la vieille formule de Bonnet :

Iode métalloïdique.....	1 gr.
Tanin à l'alcool.....	0,60
Alcool à 90°.....	10 cmc.

J. Thirolaix a pu donner à ses malades (rhumatisants chroniques), jusqu'à *mille* gouttes par jour de la solution suivante :

Iode	1 gr.
Iodure de K.....	0,30
Alcool à 70°.....	13,70

Il n'a jamais constaté d'intolérance d'aucune sorte, bien que parmi ces rhumatismes il y en ait eu bon nombre d'origine tuberculeuse. D'autre part, si la vieille formule de la teinture d'iode du Codex présentait l'inconvénient d'une solution trop forte et susceptible de transformation chimique, la nouvelle en présente un autre pour nous : c'est de contenir de l'iodure de potassium. Il est vrai que pour les petites doses (50 gouttes) et dans les formes d'adénites peu avancées, on pourrait s'en servir sans danger. Une de nos malades (Obs. 1) en a pris pendant des mois sans inconvénient. Toutefois, et d'une façon générale, il est plus prudent de s'en abstenir. Du reste, le docteur Dufour, pour éviter l'inconvénient de la vieille formule à 15 %, et de l'iodure de potassium dans la nouvelle formule, se sert depuis longtemps de l'alcool iodé (iode, 1 gr.; alcool à 75°, 9 gr.).

D'ailleurs, nous ne pouvons mieux faire que de citer le docteur Dufour lui-même, dans l'énoncé des règles de sa méthode de traitement :

« 1° Prescrire la teinture d'iode au 10°, sans aucune adjonction d'iodure de potassium. C'est l'iodure de potassium, entrant dans la préparation de la teinture d'iode délivrée sans recommandation spéciale au pharmacien, qui est cause des phénomènes d'iodisme.

« 2° La provision de la teinture d'iode doit être

faible, 15 cme. au plus, de façon à ce que, renouvelée tous les quinze jours, elle soit toujours fraîche, et ne contienne aucun produit de transformation iodique.

« 3° Elle doit être prise dans un peu de lait froid, une demi-tasse à café, et y séjourner quelque temps, pour que caséine de lait et iode réagissent l'un sur l'autre.

« 4° Il est préférable de la prendre au moment des repas, pour qu'elle n'arrive pas dans un estomac vide et qu'elle profite des processus digestifs, qui modifient dans des proportions considérables la vascularisation de la muqueuse digestive et son absorption lymphatique.

« 5° Pour tâter les susceptibilités individuelles, elle doit être prise d'abord à petites doses. Ces susceptibilités sont locales : intolérance gastrique (exceptionnelle), intolérance organique ou générale, idiosyncrasie (exceptionnelle aussi).

« 6° Donner, les quatre premiers jours, 15 gouttes, deux fois par jour. Augmenter de 5 gouttes à chaque prise tous les quatre à cinq jours. Atteindre de cette façon 100 à 150 gouttes (et même plus ?). Se tenir à cette dose pendant huit jours.

« Diminuer les doses de cinq en cinq jours, en suivant les mêmes proportions descendantes.

« Dès qu'on atteint 40 à 50 gouttes à une prise, répartir la dose quotidienne en trois fois, de façon à ne pas absorber plus de 40 à 50 gouttes en une fois.

« 7° Après un repos de huit à quinze jours, reprendre la médication de même façon.

« S'il y a de l'intolérance, s'en tenir à des doses moins élevées ou suspendre le médicament.

« 8° Chez les enfants, suivant l'âge, débiter par 5 à 10 gouttes par jour et monter jusqu'à 30, 40 et 50 gouttes.

« 9° La coexistence de tuberculose pulmonaire en évolution fébrile peut devenir une contre-indication momentanée.

« Avec un pareil traitement, sans adjonction de radiothérapie, on est surpris de voir fondre les adénopathies tuberculeuses, en même temps que les malades surtout déclarent ne s'être jamais aussi bien portés. »

En ce qui concerne la limite maximum de la dose à prendre, elle paraît être bien au-dessus de la dose efficace dans la majorité des cas. En effet, alors que certains de nos malades ont eu assez de 100, 120 ou 150 gouttes, nous avons pu donner à une malade (Obs. 6) jusqu'à 300 gouttes par jour sans aucun inconvénient.

Faut-il se borner au seul traitement par la teinture d'iode ? Certainement non. La suralimentation, le grand air, les bains de soleil, ainsi que les séjours à la mer, sont des adjuvants qui s'associent au mieux avec la cure iodée. Mais il est évident qu'il faut faire bénéficier le malade de tous les autres moyens thérapeutiques employés, suivant l'opportunité des cas et dans la mesure du possible. Il ne faut pas négliger non plus l'action souvent efficace des rayons X, associée à celle de la haute fréquence, quoique ce traite-

ment doive plutôt être réservé aux séquelles d'adénites suppurées.

Certaines adénites, isolées, s'entourent d'une gangue fibreuse épaisse qui résiste parfois aux traitements les plus énergiques. Ces adénites gagneraient à être enlevées chirurgicalement (Obs. 3); mais ici l'esthétique entre en ligne de compte et la majorité des femmes se refuseront à porter des cicatrices visibles.

Enfin il ne faut pas manquer de ponctionner une adénite suppurée non ouverte, ou de bien vider celles qui se sont ouvertes spontanément, et d'y injecter un liquide modificateur. Pour ce faire, nous nous sommes toujours servi d'éther iodoformé, injectant la moitié du volume du pus retiré chaque fois.

MODE D'ACTION

A l'heure actuelle, la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question s'accordent à dire que l'iode agit sur le tissu lymphoïde, en l'excitant. A. Martinet dit : « L'iode peut être considéré comme le médicament spécifique du tissu lymphoïde dont il excite les fonctions ». Richaud, H. Dufour et J. Boudreau sont du même avis. Un travail intéressant de Thérasse et Henno a porté sur la recherche de l'action de l'iode sur la formule leucocytaire des tuberculeux. Pour ce faire, ils se sont servi de la teinture d'iode à l'intérieur. Ils ont trouvé en particulier que le nombre de macrophages augmente nettement sous l'influence de la cure iodée. Leur nombre est maximum à la dose de 50 gouttes; à 100 gouttes, il diminue, pour remonter à 150 gouttes. Il eût été intéressant de continuer ces recherches pour des doses plus fortes, de deux à trois cents gouttes.

Voici ce que dit Nobécourt sur l'action de la nouvelle teinture d'iode : « Bien tolérée par les enfants, la teinture d'iode améliore l'état général et amène des augmentations de poids. Elle ne possède pas d'action anti-infectieuse. » Si nous nous en rapportons à nos

observations 3, 4 et 5, nous verrons que l'évolution rapide vers la suppuration des adénites traitées semble confirmer ces théories. D'autre part, une certitude plus grande se dégagerait dans le même sens, d'une comparaison entre les malades traités uniquement par les rayons X et ceux qui ont pris en même temps de la teinture d'iode. En effet, les rayons X semblent agir surtout en provoquant le processus de la sclérose (Oudin et Zimmern) et même en détruisant le tissu lymphoïde (Zablondski); tandis que la teinture d'iode exciterait ce dernier. Il en résulterait naturellement que les actions de ces deux agents s'opposent dans une certaine mesure. Nous avons fait un essai de comparaison, mais le petit nombre de faits observés ne nous permet pas de donner une conclusion. Tout ce que nous pouvons dire, c'est qu'il nous a semblé que les malades absorbant de la teinture d'iode à hautes doses devaient subir un nombre de séances plus grand que ceux n'en prenant pas du tout. Il n'en est pas moins vrai que certains radiologistes se servent de la teinture d'iode (avec succès disent-ils) pour améliorer l'état général de leurs malades.

CONCLUSIONS

Les faits qui précèdent nous permettent de tirer les conclusions suivantes :

1° L'efficacité de la teinture d'iode à doses fortes est incontestable en ce qui concerne le traitement des adénites bacillaires.

2° La teinture d'iode au 10^e, sans iodure de potassium, dans la majorité des cas, doit être l'arme essentielle et préférée.

3° Pour obtenir des résultats satisfaisants, il faut que le traitement soit continu et assez prolongé.

4° Le grand air, la suralimentation, les bains de soleil doivent être associés à la cure iodée.

5° Les doses très fortes sont facilement supportées par les malades.

Vu Bon à imprimer :
Le Président de Thèse,
ACHARD.

Vu et PERMIS d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL.

Vu :
Le Doyen,
ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

- BIRD (Tom). — Intensive iodine treatment (*Lancet*, 6 mars 1920).
- BOUDREAU (L.). — Une thérapeutique intensive et simplifiée de la tuberculose pulmonaire (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 4 janvier 1914).
- CHEINISSE (L.). — Usage interne de la teinture d'iode à haute dose (*Presse Médicale*, 25 septembre 1920).
- DUFOUR (H.). — Traitement des adénites tuberculeuses (*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, séances des 14 et 21 mai 1920).
- L'iode dans la tuberculose (*La Médecine*, mai 1921).
- HAMEL. — Traitement de la tuberculose ganglionnaire (*Thèse de Paris*, 1910, n° 287).
- LECOCQ. — Traitement par le courant de haute fréquence (*Thèse de Paris*, 1919-20, n° 300).
- LEPENNETIER (F.). — Les rayons X, la haute fréquence et l'électrolyse associées dans le traitement des séquelles de l'adénite cervicale tuberculeuse (*Thèse de Paris*, 1922).
- LAUMONIER (J.). — Le traitement iodé de la tuberculose (*Thèse de Rennes*, 1920).
- MARFAN. — La scrofule; conception ancienne, conception nouvelle (*Paris Médical*, 1^{er} janvier 1921).
- MARTINET (A.). — *Thérapeutique Clinique*, éd. 1922.
- MANUELL (R.-E.). — El empleo de la tintura de yodo al interior, principalmente en la tuberculosis. Mexico, 1921.

oudin et Zimmern. — *Gazette des Hôpitaux*, 1910.

Richaud. — Précis de thérapeutique et de pharmacologie, éd. 1920.

Sergent (E.). — Traité de pathologie médicale. Tuberculose, t. III.

— *Revue de Médecine*, n° 2, 1920.

Therasse et Henno. — L'action de l'iode sur la formule leucocytaire des tuberculeux (*Scalpel*, 9 avril 1921).

Thirolaix (J.). — Médication iodée dans le traitement des rhumatismes chroniques (*Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 21 juin 1923).

— Médication iodée intensive (*La Clinique*, 1922).

Zablonski. — La radiothérapie dans les adénites bacillaires périphériques (*Thèse de Paris*, 1920-21).

Imprimerie spéciale de la Librairie LE FRANÇOIS
91, boulevard Saint-Germain, Paris.

